

# 国民健康保険特定疾病認定申請書

平成 ××年 ××月 ××日

三島市長 へ

申請人 住所 三島市北田町4-47

氏名 国保 太郎



個人番号

下記の者が、厚生省令に定める特定疾病療養該当者であることを認定願います。

記

被保険者氏名	生年月日
国保 太郎	昭和 ○○年○月○日
認定疾病名	(例) 人口透析を必要とする慢性腎不全
被保険者証の記号番号	0123456 (被保険者証の記号番号)
被保険者個人番号	

※これより下は医療機関に記入・押印をしてもらってください

## 意見書

上記の者について

- 病名 ①人工透析を必要とする慢性腎不全  
②血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害  
③抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不完全症候群

の療養が必要であることを認めます

平成 年 月 日

所在地  
(療養取扱機関) 名称  
担当医

印